

SFNo. _____ - _____

シルバーフィットネス参加申込書・簡易問診票

年 月 日

〈参加申込書〉

ID

保 リハ病院治療: 有・無

氏 名	フリガナ	男・女
住 所	フリガナ	
	〒□□□□-□□□□	区
生年月日	大正・昭和	年 月 日 (歳)
電話 (日中にご連絡の取れる番号)	— —	

〈簡易問診票〉

検査のためにお聞きします。

下記について、いずれかの□にチェックをお願いします。

1) 現在、通院中の病気はありますか？		
<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
2) 通院中あるいは今までにかかれた病気は、どのような病気ですか？		
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 変形性膝関節症
<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> その他の心疾患	<input type="checkbox"/> その他※
<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 糖尿病	病名: _____
<input type="checkbox"/> 心房細動	<input type="checkbox"/> 脳卒中	
※内科的・整形外科的疾患など		
3) 通院中の方は、参加について医師に相談しましたか？		
<input type="checkbox"/> 相談して、許可を得た		
<input type="checkbox"/> 相談していない		
<input type="checkbox"/> その他 (_____)		

※この申込書および簡易問診票に記入された事項は、この事業以外には使用いたしません。

R8年 1月～3月 開催予定日

- ◆検査は(火)(木)の2日間にわたって行います。
- ◆2日間の組み合わせは変更できません。
- ◆日程は、参加可能日の中から決めさせていただきます。

下記組み合わせ日程のご都合をお答えください

検査1日目(火)	検査2日目(木)	どちらかに ○をつけてください
例) ○月 ○日	○月 ○日	<input checked="" type="radio"/> 参加できる <input type="radio"/> 参加できない
1月 20日	1月 22日	参加できる 参加できない
1月 27日	1月 29日	参加できる 参加できない
※2月 9日(月)	2月 12日	参加できる 参加できない
2月 24日	2月 26日	参加できる 参加できない
3月 10日	3月 12日	参加できる 参加できない

※2月9日のみ月曜日の開催となります。